ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE
Rapport / 8 avril 2013

Améliorer la pertinence des STRATEGIES MEDICALES

René MORNEX*

L'Académie de Médecine est consciente des problèmes posés par la prise en charge des maladies, amplifiés par l'allongement de la durée de la vie, source d'associations de pathologies, par l'explosive évolution technologique et par les difficultés de l'organisation des soins sur le territoire. Les progrès sont constants, souvent spectaculaires mais **l'inflation des dépenses est continue**. Le déficit financier de l'Assurance Maladie ne se réduit pas et dans la situation économique du pays, il faudra désormais respecter les chiffres de l'ONDAM.

Certains éléments du problème échappent à la médecine mais la conduite des soins est strictement de la responsabilité médicale.

Les actions multiples visant à rendre la médecine plus sobre et les prises en charge plus pertinentes devraient permettre de rompre le cercle vicieux dans lequel malades, médecins, décideurs politiques, industriels, sont à la fois complices et victimes. Les problèmes vont s'accroître et conduire à des arbitrages financiers qui tomberont brutalement si la collectivité médicale ne s'engage pas. Personne n'est totalement coupable mais nous sommes tous responsables. On pourrait être tenté de faire table rase de l'existant ce qui est irréaliste. L'Académie nationale de médecine veut affirmer son engagement et formuler des recommandations dans un esprit pragmatique.

La recherche d'une pertinence des stratégies médicales doit notamment être renforcée.

Depuis des années, la notion du rapport bénéfice/risque (efficacité) est entrée dans la réflexion médicale ainsi que celle de la stratégie. On a cherché à fonder les choix sur les faits (*evidence based medicine*), et à s'appuyer sur des schémas (*arbres de décision*). Des méthodes d'analyse de la littérature (Cochrane) ont permis de jauger les **niveaux de preuve** des affirmations des uns et des autres. Sont apparues outre-Atlantique (USA et Canada) des règles de **Bonnes Pratiques Cliniques** rédigées à la suite de conférences de consensus et de méta analyses.

Des structures chargées de l'évaluation sont créées en France à partir de 1988 (ANDEM puis ANAES et enfin Haute Autorité de Santé-HAS).En outre, un pas a été franchi par les économistes afin de rationaliser les choix (Qalys)).

Malgré cette évolution, la précision dans le recueil des informations chiffrées concernant les activités médicales, leur comparaison avec des chiffres provenant de pays voisins montre d'importantes divergences. Plus encore, les études réalisées en France identifient des contrastes de consommation médicale d'un département à l'autre. Les pouvoirs publics (Cour des Comptes entre autres) s'émeuvent de ces diversités. L'HAS introduit la notion de coût (efficience) dans les études de qualité.

Il revenait donc à l'Académie Nationale de Médecine, qui, à de très nombreuses reprises, a adopté des recommandations sur les différents aspects de la question, de prendre une position globale sur la pertinence des stratégies médicales.

Au nom du groupe de travail dont aucun membre ne fait état de conflit d'intérêt:
Pierre Bégué, François Dubois, Jean Dubousset, François-Xavier Maquart, Guy Nicolas, Jean-Daniel Sraer, Jean-Paul Tillement

DEFINITION OBJECTIFS ET METHODE

La **pertinence** est « la qualité de ce qui est approprié à son objet ».

L'acte médical pertinent est celui qui convient au malade à un moment donné, c'est l**e plus adapté et le plus efficace**. L'objectif final est d'améliorer l'état de santé du malade et de limiter les risques et les contraintes.
La stratégie médicale pertinente consiste à prescrire et à programmer chacun des actes dans un ordre approprié, adapté à chaque situation clinique, compte tenu des disponibilités des ressources de santé, dans un esprit d'efficience, qu'il s'agisse du diagnostic ou de la thérapeutique.
La pertinence des stratégies médicales s'insère dans le contexte général de la pertinence des soins qui inclut d'autres paramètres échappant aux seules responsabilités médicales.
Elle est la base de **la médecine sobre qui dans une approche humaniste soigne mieux au moindre coût.**

Un groupe de travail, volontairement restreint, a consulté des responsables d'origines diverses et a bénéficié, au fil des séances, en fonction des thèmes, de la participation de nombreux confrères, voire des travaux d'autres commissions ou autres groupes de travail qui avaient auparavant abordé indirectement cette thématique.

Il n'était pas question de réaliser une démarche exhaustive abordant tous les problèmes et fournissant toutes les réponses qui, de toute façon, auraient été vouées à une rapide obsolescence. C'est **l'esprit général du concept** sur lequel nous avons voulu mettre l'accent.
Au départ, nous avons analysé quelques situations régulièrement stigmatisées par la comparaison des consommations de soins d'un département ou d'une région entre eux et par rapport aux autres et à la moyenne nationale. Ceci est illustré par des cartes aux couleurs contrastées qui figurent dans les journaux spécialisés ou de grande diffusion.
Le premier objectif était de comprendre ces divergences de comportements médicaux en se fondant sur les données de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie et de l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation*, grâce à une discussion très libre, avec des représentants des disciplines concernées. sans arrière-pensée de contrôle. Ceci a abouti à analyser les points faibles des démarches, à ébaucher des hypothèses ou des propositions qui ont été testées à la fois sur le terrain hospitalier et auprès des structures responsables pour aboutir à une série de recommandations.

* *Nous remercions Yves GAUBERT et Stéphane FINKEL (Fédération Hospitalière de France) qui nous ont fourni ces documents statistiques et aidé à les traiter.*

ETAT DES LIEUX

Il nous est apparu que, chez l'ensemble des acteurs médicaux, secteur privé et secteur public, la connaissance des recommandations des bonnes pratiques cliniques éditées par l'HAS était bonne, mais qu'elles n'étaient pas assimilées parce que trop longues et parfois confuses. Dans la réalité, de nombreuses dérives existent.
Le détail de chacune des situations illustrant ces dérives, que nous avons étudiées avec les spécialistes, et les structures responsables ou par enquêtes sur le terrain figure en annexe. La liste suivante en donne un aperçu.

Les bilans

Les bilans systématiques et gratuits de santé ouverts à toute la population ne modifient ni la morbidité ni la mortalité. Les bilans préopératoires devraient être plus strictement limités en fonction des données anamnéstiques, et non systématiquement exhaustifs. Les dosages biologiques répétés sans aucun élément clinique (PSA) devraient être refusés.

Les dépistages de masse

Appliqués à l'ensemble des populations n'exprimant aucune altération de leur santé, ils sont encadrés par les recommandations de l'HAS et limitent les cibles en fonction de l'âge, par exemple 74 ans pour le cancer du sein, mais un grand nombre de mammographies sont réalisées au-delà de cet âge en dehors des protocoles de double lecture.

Les examens biologiques

Ils ne sont souvent pas correctement formulés et hiérarchisés. Leur interprétation ne tient pas toujours compte de la signification des zones de normalité. Leur choix n'est pas toujours judicieux (marqueurs d'une lésion myocardique ou du pancréas).

Lorsqu'ils sont utiles au diagnostic initial d'un état pathologique (procalcitonine), leur répétition, conjointement à d'autres marqueurs de l'inflammation, est inutile.

L'échographie est un examen facile, peu coûteux et sans effet iatrogène. Il est trop souvent réalisé banalement, voire systématiquement, sans recherche spécifique. Il peut découvrir des anomalies sans conséquence qui font enchaîner des examens complémentaires, potentiellement nocifs.

L'imagerie lourde

Cet examen complémentaire dont la palette technique s'est élargie, nécessitant des investissements lourds et des compétences médicales affinées, est très souvent prescrit en première ligne sans que l'imageur compétent, qui va effectuer l'examen, ait pu se prononcer.

La thérapeutique médicamenteuse

Elle dispose d'une panoplie de substances de plus en plus actives et coûteuses. La mauvaise molécule est choisie parfois sur le critère de la nouveauté et sur la pression des firmes. Les associations de médicaments sont de plus en plus fréquentes, soit du fait de la polypathologie, soit au hasard des consultations de spécialistes qui ignorent les prescriptions antérieures. Elles sont parfois camouflées et l'accès au dossier pharmaceutique, qui permettrait une synthèse, dépend de l'acceptation des malades.

La chirurgie

Evidemment, l'opinion de l'opérateur est essentielle mais beaucoup d'éléments biaisent la pertinence. La simplification du geste (chirurgie ambulatoire et chirurgie endoscopique) facilite la décision dans les cas limites. L'effet mode s'exprime régulièrement comme ce fut le cas pour la chirurgie bariatrique et actuellement la libération du canal carpien (prévalence multipliée par 15 en 10 ans). Souvent, **l'accès direct** au chirurgien supprime les étapes initiales de la filière soins (traitement médical d'épreuve). Les recommandations de bonnes pratiques cliniques donnent une place trop large à la seule prise en compte des signes subjectifs. Reste enfin le jusqu'auboutisme thérapeutique dans le cadre de fin de vie. l'ANM a déjà exprimé son point de vue sur ce sujet.

Au total on a le sentiment que les appels incantatoires en faveur de la pertinence n'ont que des échos modestes sur le terrain.

LES RESPONSABILITES

Ces quelques exemples montrent que des dérives sont possibles à chaque étape de la prise en charge d'un patient par rapport aux recommandations de bonne pratique. La médecine, bien que fondée sur des données scientifiques, est soumise à des aléas humains. Juger les manques de pertinence de stratégies est mal aisé. Il convient d'aborder ce problème de façon raisonnée et équitable, notamment en dépassant les oppositions simplistes - privé contre public. Il vaut mieux s'efforcer de comprendre les ressorts profonds de ces échappements à une vraie pertinence et peser sur les comportements. La démarche est complexe et il y a, en outre, des facteurs très difficiles à intégrer dans l'analyse des disparités signalées :

- *prévalence différente des pathologies selon les populations étudiées,*
- *accès plus ou moins facile aux thérapeutes.*

Il n'y a pas de prescription faite en dehors d'un docteur en médecine (ou en odontologie), ce qui souligne la responsabilité du corps médical dans les dérives.

1 -Les conditions d'exercice modulent ce type de responsabilité

La stratégie de la prise en charge médicale d'un patient commence par un interrogatoire et un examen clinique minutieux. Ils sont malheureusement moins poussés qu'ils ne le devraient et la présence d'un écran d'ordinateur, pour utile qu'il soit, brise l'humanisme de la relation médecin/malade.

Les examens complémentaires sont formulés en bloc. Ils devraient contrôler des hypothèses et être échelonnés dans le temps en fonction des résultats.

Lorsque la situation est difficile, il est logique de s'appuyer sur un avis plus expérimenté et plus spécialisé en gardant la coordination des prescriptions. Cette attitude de décision en groupe est maintenant obligatoire en cancérologie, mais les **réunions de concertation pluridisciplinaires** (RCP) ne sont exemptes de défauts. En dehors de la dilution des responsabilités liées à une décision collective, et sans compter des biais induits par la présence de personnalités prégnantes, elles sont pénalisées par l'absence physique du médecin référent, le seul à connaître les conditions psychosociales du problème.

2 – **Depuis quelques années, l'activité médicale est sensibilisée par le principe de précaution et le risque de judiciarisation.**

Le principe de précaution a de nombreux effets secondaires négatifs dans le cadre des pertinences des stratégies. Il est souvent mis en avant pour justifier la multiplication des actes afin de faire face aux recours juridiques. Cette pratique systématique d'une large prescription d'actes pour « se couvrir » en cas de plainte de la part d'un malade est une attitude défensive délétère, illusoire et inefficace, ne reposant sur aucune base sérieuse. En effet, les requêtes contentieuses restent stables depuis dix ans et leur fréquence est infime par rapport au nombre d'actes réalisés. Or, la responsabilité médicale reposant sur la notion de faute, la non prescription d'un examen complémentaire ne pourrait être retenue comme une faute sauf s'il était démontré que, face au tableau clinique, cet examen s'imposait et que son absence était directement responsable du dommage.

3 - **L'environnement sociétal**

Le**s médias** joue un rôle considérable en raison de la diffusion hâtive d'informations parfois non contrôlées, non tempérées par des avis d'experts, et trop souvent à sensation. Internet joue aussi un rôle pervers par sa multitude d'informations difficiles à trier et à évaluer, faute de repères de compétence et de validation. Les forums, notamment, sont la porte ouverte à toutes les dérives du bouche à oreille médical...

Le **consumérisme médical** est une tendance de plus en plus forte dans la population et revêt plusieurs formes :

- « j'ai payé, j'y ai droit »,

- plus difficile à combattre, **l'exigence de rapidité** dans la recherche d'une bonne stratégie, qui peut précipiter certaines prescriptions sans une évaluation sérieuse de leur pertinence.

PISTES D'AMELIORATION

1) Une réforme du deuxième cycle de la formation initiale des médecins

L'enseignement théorique d'amphithéâtre, ou intégré au stage hospitalier, est très fréquemment segmenté en des « certificats de spécialité » qui se succèdent chaque année, se concluant par une évaluation à l'issue de laquelle on passe à un autre sujet. Ce dispositif particulièrement apprécié par les étudiants, dont le souci principal est de valider des unités de valeur, a un quadruple défaut :

- la succession en trois mois d'un processus d'assimilation-régurgitation des connaissances ne facilite pas la mémorisation à long terme ;
- l'approche pédagogique par un enseignant unique fait perdre les nuances de conception individuelle et l'obligation de réfléchir aux choix stratégiques ;
- la réduction, si ce n'est la disparition, des enseignements transversaux (problèmes médico-économiques, importance des pertinences dans le choix des examens biologiques ou radiologiques) sont regrettables ;
- dans le domaine de la pharmaco-thérapeutique, la situation est encore plus grave, car des classes entières de médicaments ne plus enseignées et les stratégies thérapeutiques ne sont plus traitées.

L'enseignement clinique, qui a fait la force de la médecine française, n'est plus capable de compenser ces lacunes. Sa durée dans un service est réduite à trois mois. Bien plus, très souvent, du fait du raccourcissement de la durée de séjour des malades et des charges multiples, qui dispersent les enseignants en dehors de leur service, la visite se concentre autour du seul ordinateur, objet de toutes les attentions.

Or, C'est dans ces stages cliniques qu'il conviendrait de faire comprendre aux futurs médecins que l'*evidence based medecine* a des avantages mais aussi des limites et que l'humanisme médical devrait l'emporter sur le principe de précaution.

Sauf exceptions, l'évaluation de l'étudiant est sommaire. Il lui suffit d'avoir la validation de son stage car, en tout état de cause, l'évaluation des acquis (cliniques et théoriques) de son 2e cycle ne lui est d'aucun bénéfice pour l'examen final, le seul qui compte pour lui : **l'Examen Classant National** (ECN).

Cet examen est relativement récent. Il a subi de nombreuses retouches et, entre autres défauts, il est limité à l'étude de 9 dossiers illustrant 345 situations figurant au programme, et à une épreuve de lecture critique d'article. Parmi ses nombreuses lacunes, nous relevons l'absence de référence aux stratégies, comme en témoigne l'absence de ***notes négatives*** *pour des choix aberrants. Aucune question thérapeutique ne pose clairement la mise en balance du rapport avantage/inconvénient. Une réforme de l'ECN est en cours. Nous espérons qu'elle corrigera les imperfections de forme et de fond.*

La formation médicale continue est une avancée considérable dans le cursus général des études qui ne se terminent pas au moment de l'acquisition du diplôme mais véritablement à la fin de la carrière. Elle est nécessaire ; malheureusement, l'ensemble de cette formation est loin d'être idéal malgré des moyens financiers importants. Par ailleurs, les séances de formation post-universitaire introduisent des biais en ce sens que celui qui transmet les connaissances a contribué à leur acquisition. Il apporte avec un certain enthousiasme, peut-être insuffisamment pondéré, des nouveautés qui sont enregistrées sans correction critique. En particulier, les nouveaux médicaments devraient mieux échapper à une démarche « marketing », et être présentés par des textes courts, validés par des instances neutres.

2) Le développement des recommandations de bonne pratique clinique.

Ce sont des outils précieux pour tracer le cadre des stratégies. Une étude minutieuse des données de la littérature permet de dégager des consensus et des recommandations de pratique quotidienne. Ce travail, mené notamment par la HAS, est une base de raisonnement utile, mais il souffre de défauts :

-la durée de préparation.

-le volume des données restituées (environ 200 pages pour un sujet « résumé » en 20 pages), ce qui les rend inutilisables.

-le risque d'obsolescence en des délais courts.

Malgré les difficultés d'assimilation de ces textes, ils sont largement consultés sans que, pour autant, ils soient appliqués dans les pratiques quotidiennes.

Le plus difficile est de s'appuyer *in fine* sur des éléments décisionnels subjectifs (cf : les indications de cholécystectomie et de la libération de canal carpien). Cela dépend de l'opposition entre une synthèse globale d'un grand nombre de données et la complexité unique d'un individu malade : un mort sur 100 interventions, c'est une bonne statistique, mais pour l'individu concerné, c'est un échec absolu. En outre, aucune étude, si méticuleuse soit-elle, ne peut permettre de formuler une recommandation universelle. Pour le moins, il est souhaitable, et cela est déjà en cours de réalisation, de diffuser des textes ne dépassant pas 2 pages et donnant l'essentiel du **cadrage**.

3) L'organisation des soins

L'Etat, à travers le Ministère de la Santé, contrôle plusieurs éléments pouvant peser sur une bonne pertinence des stratégies.

Le sujet le plus difficile à aborder est celui de **parcours de soins** et des **regroupements de compétences** avec le développement de réseaux régionaux. A la base, la compétence, reposant pour une grande part sur l'importance de la pratique de l'équipe soignante et de l'organisation générale du site, est incontournable. Il en découle la notion de seuils d'activité exigés pour le maintien des autorisations et l'acquisition d'équipements adéquats. Beaucoup considèrent que les seuils actuels sont trop bas, ce qui peut entraîner des dérapages consuméristes qui concernent l'ensemble de l'équipe et non chacun de ses membres.

Des exemples existent en chirurgie pédiatrique dans la région Midi-Pyrénées avec la mise en place d'un réseau (privé/public) de 24 établissements avec trois niveaux de compétence spécifique.

L'imagerie mériterait une telle réorganisation.

L'approche doit se faire de plus en plus par organe et non par machines. Le parc d'IRM doit être accru dans un dispositif de « réseau de compétence » dans lequel le choix du type d'image le plus pertinent est sous la responsabilité de l'imageur. Des plateaux communs comportant des partenaires privés/publics, autour d'un organe, avec éventuellement dans les cas difficiles des RCP, conduiraient tout simplement à la prise en charge par pathologie plutôt que par acte.

Il faut donc trouver des compromis. Une étude de la carte des centres spécialisés à travers l'Europe montre des exemples de plus grande restriction dans le nombre des centres chargés des **méthodes très lourdes**. Cette question aux retombées politiques majeures doit être traitée au cas par cas, et seuls les ARS proches du territoire peuvent l'aborder, le traiter dans une perspective interrégionale et déployer une **pédagogie du changement.**

C'est dans les régions que la lecture des statistiques d'activité en fonction des zones (département entre autres) peut devenir la plus facilement révélatrice. Notons que ces statistiques, surtout comparées aux données nationales, ne résolvent rien mais attirent l'attention et suggèrent des moyens de faire mieux en coopération avec tous les acteurs. *(c'est le cas en PACA pour les angioplasties coronaires et les coloscopies).*

Le mode de financement des hôpitaux publics basé sur l'activité (T2A) peut aussi conduire, à la marge, à des « glissements ». Actuellement, chaque chef de pôle défend l'attribution de ses moyens en finances et en personnel en fonction de l'évolution de son activité à laquelle il accorde une grande attention. Les réflexions actuelles insistent, à juste titre, sur la **valorisation de la qualité**, donc de la pertinence, dans la prise en compte des attributions budgétaires. La Direction Générale de l'Offre de Soins **(**DGOS**)** développe aussi une dynamique très forte pour mobiliser l'ensemble du système de soins autour de cette notion de pertinence Les **CHU,** dont la gouvernance unit les deux volets, enseignement et soin, devraient être un lieu privilégié avec le double objectif de faire des économies et de donner un modèle de pertinence à ceux qui débutent leur carrière en leur sein. *Le CHU de Toulouse a amorcé cette démarche qui nécessite une volonté forte au plus haut niveau mais qui a dégagé des résultats concrets significatifs.*

Les rémunérations des activités médicales ne sont pas à négliger car un certain nombre de dérives dépendent du déséquilibre entre la valorisation des actes techniques et celle des activités intellectuelles qui, pour respecter les exigences de qualité, prennent du **temps.**

La **CNAM** dispose de trois leviers d'action.

- Le premier est la **nomenclature** des actes de biologie et des médicaments ouvrant droit à remboursement,
- le deuxième est la démarche de mise **sous entente préalable**

- Le troisième est celui des **contrôles**.
Il serait peut être utile que le système de contrôle de la Sécurité Sociale repose sur des « interlocuteurs adaptés » plus âgés, plus expérimentés, plus spécialisés Un autre mode d'action mérite attention, car il semble efficace : les délégués non médicaux de la CNAM, dont le rôle est d'informer les médecins sur les évolutions des textes.

CONCLUSIONS

La pertinence des stratégies médicales est une caractéristique essentielle du bon exercice de la médecine.
- Elle est sous la **responsabilité totale des médecins** qui se doivent de proposer les meilleurs soins au moindre coût. Pour les patients qui sont concernés, cela veut dire les moindres risques et les moindres contraintes. C'est la partie centrale de la **pertinence des soins**.
- Elle s'adapte aux cinq **missions fondamentales** de la médecine (prévenir, rassurer, guérir, soulager, accompagner), accomplies dans un souci d'éthique, de déontologie, (en conformité avec l'article 8 du Code de Déontologie) et de recherche constante d'amélioration.
- Elle est synonyme de **qualité** et figure expressément comme critère de validation pour les établissements hospitaliers et pour les individus, dans l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) .
- Elle s'enseigne particulièrement par le **compagnonnage**. Elle implique une adaptabilité intellectuelle permettant de surmonter la routine et la résistance aux changements. C'est un **état d'esprit** qui nécessite une réactivation permanente des motivations plus que des contrôles mais les indicateurs de dérive sont nécessaires.
- Elle se heurte au fait qu'**elle évolue constamment**. En effet, elle ne découle pas d'une logique rigoureuse, mais d'une logique « floue », concept qui veut qu'une condition n'est pas obligatoirement vraie ou fausse. En outre, la médecine qui est fondée sur des bases scientifiques, est tributaire des aléas humains. En l'occurrence, ces aléas proviennent d'au moins deux individus (le médecin et son patient).
- Elle n'entrave pas les innovations. L'accumulation d'investigations diverses, sans projet cohérent, est inopérante. Une bonne recherche clinique doit être programmée et validée comme cela se fait dans le cadre des Programmes Hospitaliers de Recherche Clinique.
- La pertinence des stratégies permet de réduire les dépenses de santé. Ce n'est pas son but primordial mais cet effet est le bienvenu au moment où celles-ci atteignent des niveaux intolérables en période de crise. Les économistes de la santé ne s'y trompent pas, disant que **l'efficience économique n'empêche pas d'améliorer les soins en respectant les droits fondamentaux du patient.**

RECOMMANDATIONS

Il est urgent de mettre en œuvre des actions à court terme (sensibilisation de la profession et du public) et à long terme (réforme de l'enseignement et structuration des filières de soin).

1. **Une réforme radicale du second cycle des études médicales** :
   - encadrement vigilant des stages cliniques avec responsabilisation et temps plein ;
   - prise en compte simultanée des acquis cliniques (contrôles oraux) et théoriques ;
   - renforcement des enseignements transversaux par un certificat de pharmaco-thérapeutique autorisant la prescription ;
   - dispositif d'admissibilité à **l'Examen Classant** (ECN) avec classification par chaque Faculté en trois groupes (excellent, bon, moyen) d'un pourcentage égal d'étudiants. La docimologie de l'ENC doit prendre en compte la **pertinence** des réponses dans chaque cas clinique (comptabilisation des erreurs par des points négatifs).
2. **Bonnes pratiques cliniques**
   - recommandations synthétiques, courtes, facilement accessibles, privilégiant les techniques non invasives, **opposables** par les pouvoirs publics lorsque des données validées existent (âge cible) ;
   - position du médecin traitant spécifiquement argumentée, si besoin par télécommunication, dans les Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) ;
   - mise sur le marché des techniques nouvelles prenant en compte l'efficience du nouveau dispositif, en proposant les substitutions possibles aux techniques antérieures ;
   - bilans de santé ciblés en fonction d'objectifs précis.
3. **Organisation des soins et contrôles**
   - autorisation de pratiquer une technique non liée, sans nuance, au seul niveau d'activité ;
   - création de réseaux de soins régionaux, notamment en imagerie, chirurgie et obstétrique ;
   - mise en place, dans les hôpitaux publics (notamment CHU), d'organisations favorisant la pertinence et l'efficience, modèles pour les étudiants en formation ;
   - épuration régulière par la CNAM de la nomenclature des actes remboursables ; contrôle strict des limites d'âge des actes de dépistage fixées par les recommandations ; utilisation pour ces contrôles de professionnels expérimentés ; ouverture anonymisée de ses bases de données pour des évaluations de pharmacovigilance et de pharmaco-épidémiologie ;
   - accès du médecin traitant au dossier pharmaceutique du patient facilité.
4. **Financement**
   - rémunération des activités médicales privilégiant l'acte intellectuel versus l'acte technique, valorisant les primo-consultations, les consultations lourdes et l'expérience du praticien ;
   - retouche de la tarification à l'activité (T2A) en valorisant les bonifications en fonction de la qualité, pour ne pas pénaliser les réductions d'activité des établissements pour améliorer leur pertinence.

5. UNE GRANDE CAMPAGNE NATIONALE doit mobiliser l'attention du public.

ANNEXE

ANALYSE DE CERTAINES DERIVES

1. **Les actions de prévention.**

Elles portent sur les considérations générales : diététique, mode de vie, exercice physique, méfiance vis-à-vis des toxiques (tabac, alcool, substances psychoactives) respect des protections vaccinales. Elles sont devenues une part indiscutable du métier médical à tous niveaux. C'est le seul domaine où, s'il y a des dérives par rapport à la pertinence, c'est plutôt par défaut qu'en trop, et nous n'insisterons pas longuement sur ce point.

2. **Les bilans de santé**

Dès 1945, l'Assurance Maladie a mis en place un dispositif d'examens annuels gratuits, proposés à tous les cotisants de l'Assurance Maladie. En France, environ 600 000 personnes réalisent ces bilans de santé effectués dans les Centres d'Examen de Santé, gérés par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie ou ayant passé convention avec elles. Des analyses biologiques mesurent de nombreux paramètres dans le sang et les urines. Une étude très récente publiée par la Cochrane Library portant sur 182 880 cas conclut que cette politique de bilans de santé généralisés ne réduit pas la morbidité et la mortalité, ni globalement, ni pour les pathologies cancéreuses ou cardiovasculaires. Certains s'interrogent donc sur l'utilité réelle de ces bilans de santé effectués en France. La CNAM, consciente de ces critiques, oriente désormais ces bilans vers des populations ciblées par l'âge et les conditions sociales ou dans des études épidémiologiques organisées.

3. **Les dépistages de masse et la détection des cancers**

Cette démarche en présence de quelques troubles fonctionnels est légitimée par le dogme qu'un traitement précoce améliore le pronostic des maladies. Cela est réel jusqu'à un certain point puisque détecter des lésions de petite taille aux risques évolutifs faibles n'apporte aucun bénéfice à long terme. L'exemple en est le dépistage du **cancer du sein**. Il consiste à convoquer toutes les femmes âgées de plus de 50 ans pour des mammographies tous les deux ans. Le dispositif est très encadré pour s'assurer de la qualité des décisions avec un système de double lecture des mammographies réalisées Son efficacité et son innocuité sont mises en cause par le fait que près de la moitié de la population concernée ne répond pas à cette invitation. En revanche, le nombre de mammographies réalisées est très largement supérieur à celui du dépistage organisé. Leur non inclusion dans l'ensemble du dépistage les rend inutiles au plan épidémiologique et elles ne bénéficient pas de la deuxième lecture. Enfin, leur répétition abusive peut être dangereuse et on peut s'étonner que ce type d'examen continue à être pris en charge par l'Assurance Maladie.

La recommandation officielle de dépistage du cancer du sein se limite à 74 ans. En effet, au fur et à mesure de l'âge, le tissu mammaire est « déshabité » et les irrégularités tissulaires les plus minimes deviennent perceptibles. Ce « sur-diagnostic » de lésions de quelques millimètres de diamètre, au-delà de 75 ans, n'offre qu'un intérêt limité car il ne modifie pas l'espérance de vie de la patiente et, *a contrario*, la mise en œuvre des examens complémentaires, voire de la chirurgie, ou même simplement l'alerte psychologique sont tout à fait regrettables.

Une autre situation caractéristique est celle du **cancer de la prostate**. Dans ce cas, le point de départ n'est même pas un symptôme mais une anomalie biologique : le taux du PSA (*Prostate Specific Antigen*), dosage très largement répandu. La position de l'HAS, conforme aux stratégies internationales, stipule que le dépistage de masse du cancer de la prostate par le dosage du PSA n'est pas recommandé. Par conséquent, le dosage de PSA sans symptôme spécifique d'alerte (la pratique du toucher rectal est l'examen essentiel), ne doit pas être réalisé. Bien plus, la prostatectomie totale éradiquant un cancer de la prostate ne doit pas être prescrite sans tenir compte de l'âge et de l'agressivité de la lésion découverte ainsi que du recours possible à d'autres solutions thérapeutiques La chirurgie apporte un bénéfice modeste chez les hommes de moins de 65 ans mais au prix d'une morbidité potentielle non négligeable (incontinence urinaire et anérection) et la situation est bien plus sévère au-delà de 75 ans. La découverte d'une lésion cancéreuse à faible risque évolutif doit simplement conduire à une **surveillance active**, bénéficiant alors du contrôle des taux de PSA, limitant des actions chirurgicales aux seules évolutions anatomiques confirmées. Multiplier les dosages systématiques de PSA après 75 ans est donc inutile, voire préjudiciable car il conduit à réaliser des biopsies prostatiques dont le risque n'est pas négligeable.

4 Prévention des complications des maladies de longue durée

Il est tout à fait logique que l'évolution des maladies de longue durée entraînant de multiples effets métaboliques soit très soigneusement surveillée pour éviter les complications, vasculaires notamment. C'est le cas de l'hypertension artérielle mais aussi très significativement celui du diabète sucré. Pour ce dernier, la communauté diabétologique internationale est d'accord pour dire que le traitement extrêmement rigoureux de l'hyperglycémie au prix de contraintes multiples (injections répétées et quotidiennement ajustées en fonction de contrôles biologiques réalisés par le patient lui-même) atténue la survenue de complications vasculaires, notamment oculaires et rénales. C'est un des succès indiscutables de la diabétologie moderne. Cependant, on peut se poser la question de l'utilité, chez un malade dont la rétine est encore intacte après des dizaines d'années de diabète, de maintenir, après 75 ans, des contraintes diététiques et thérapeutiques draconiennes. Le point mérite d'être discuté et nécessite de prendre en compte le risque d'hypoglycémie particulièrement redoutable chez les sujets âgés et de respecter la position du malade.

5 La biologie médicale

Il convient de rappeler que la **présentation des résultats** devrait être standardisée d'une manière intelligible par tous. Les médecins doivent être conscients que ce que l'on appelle une valeur normale ne couvre que 95% de la population et qu'une dérive de faible amplitude au-dessus ou au-dessous de ces limites n'a pas de sens s'il n'y a pas en face une expression de symptômes. Le problème des **prescriptions floues** dans le style « bilan thyroïdien », « bilan hépatique» etc… doit être définitivement proscrit. Si une telle demande arrive chez le biologiste, celui-ci doit reprendre contact avec le prescripteur, identifier un dosage-clé à partir des résultats desquels l'investigation pourra être élargie.

Parfois, des prescriptions sont un peu plus détaillées, mais stéréotypées. Par exemple, un médecin, même endocrinologue, demande souvent pour une exploration thyroïdienne le dosage de trois hormones TSH, T3, T4. On sait bien qu'avec un dosage de TSH seul, on peut dégrossir le diagnostic qui sera secondairement affiné grâce au dosage des autres hormones. En généralisant, on peut suggérer qu'un seul dosage soit remboursé, le biologiste devant conserver pendant une semaine des échantillons de manière à compléter l'investigation en fonction d'une demande expresse du médecin.

Les **analyses redondantes.** Le problème est rencontré fréquemment en biologie médicale lorsqu'une nouvelle analyse explorant la même pathologie qu'une analyse précédente, mais apportant des informations supplémentaires, apparaît sur le marché. Très souvent, en effet, cette nouvelle analyse vient se superposer sans disparition de la précédente. Un des meilleurs exemples a été fourni par les dosages des marqueurs cardiaques. Lorsque, en particulier, les recommandations concernant le dosage de Troponine I ont été émises par les sociétés savantes, et bien que cette analyse soit maintenant considérée comme le « gold standard » pour le diagnostic des syndromes coronariens aigus, le dosage de l'isoenzyme MB de la créatine-kinase (CK-MB) a persisté pendant de nombreuses années, les deux analyses restant souvent prescrites simultanément. Le même phénomène a été constaté pour le diagnostic biologique de la pancréatite aiguë : malgré une conférence de consensus en 2001 préconisant de remplacer le dosage de l'amylasémie par celui de la lipasémie dans le diagnostic de cette pathologie, on a constaté une persistance des prescriptions simultanées d'amylasémie et de lipasémie chez un même malade pendant de très nombreuses années.

Les répétitions inutiles d'analyses. Ce point concerne surtout les analyses **qualitatives.** Celles-ci, par définition, ne permettent pas de suivre l'évolution d'un patient. Le meilleur exemple est celui des immunoélectrophorèses ou immunofixations des protéines plasmatiques dans le suivi d'une gammapathie monoclonale. Dans le cas du myélome multiple, une recommandation de la HAS a été publiée qui affiche clairement que, hors traitement carcinologique, un bilan sanguin et urinaire simple, est à pratiquer seulement tous les 6 mois. Pour les analyses **quantitatives**, on pourra citer en exemple le dosage de la procalcitonine (PCT) qui, s'il peut être utile à l'entrée d'un patient fébrile pour distinguer une infection bactérienne d'une affection virale ou pour s'assurer de l'efficacité du traitement après mise en route d'une antibiothérapie, n'a pas vocation à être répété à de multiples reprises chez un même patient.

Les bilans réalisés devant une anomalie clinique mineure pour rassurer le patient n'ont pas plus de justification que ceux faisant partie des bilans de santé. C'est le cas, en particulier, de la recherche des marqueurs de pathologie cancéreuse dans un large éventail sans la moindre orientation clinique. Dans certains services spécialisés, des fiches de bilan sont parfois édictées, imprimées et mises en œuvre avant même l'arrivée du malade (il faut pouvoir donner des rendez-vous !). Cette pratique est mauvaise, il faudrait au moins qu'elle soit nuancée après le premier examen clinique et prescrite par un senior. Dans les **services d'urgence,** il devrait en aller de même et, par exemple, on ne devrait plus demander la recherche d'anticorps antithyroïdiens à 2 heures du matin (!) En matière de bilans **pré-opératoires**, enfin, des recommandations récentes de la Société Française d'Anesthésie et Réanimation indiquent qu'aucune analyse biologique préopératoire n'est utile dans la plupart des cas hors suspicion anamnestique. Dans les **hospitalisations de jour,** une liste d'examens rédigée à la consultation initiale peut devenir déraisonnable en fonction de manifestations ou d'exploration intercurrentes.

6 L'échographie

La mise en œuvre de cette exploration indolore sans investissement majeur est un complément de l'examen clinique dans une consultation spécialisée. C'est parfois une activité exclusive de certains centres d'échographie ou qui vient en complément dans des cabinets de radiologie. Deux exemples montrent les difficultés naissant d'un usage extensif de ces examens portant sur l'abdomen ou la région cervicale.

L'échographie abdominale est utile pour l'exploration de l'appareil digestif en complément de la palpation dont on sait qu'elle est difficile et souvent pratiquée sommairement. Si le malade a des troubles digestifs et que l'on découvre une lithiase biliaire, le diagnostic devient clair et la thérapeutique facile à choisir. Si l'échographie a été pratiquée en dehors de tout signe fonctionnel digestif, par exemple « balayage final » après une échographie pelvienne, la découverte d'une lithiase biliaire pose problème. La recommandation est claire : on n'opère pas une lithiase biliaire asymptomatique. On doute que l'on puisse trouver un sujet qui, après un interrogatoire approfondi, puisse affirmer qu'il n'a jamais eu de trouble digestif. En outre, l'indication opératoire est mieux acceptée lorsque la chirurgie endoscopique ambulatoire est évoquée et devient tentante si le praticien évoque, comme il le doit, la cancérisation possible, bien que très rare.

En matière **d'échographie thyroïdienne,** la situation est un peu différente. L'échographie prescrite devant des symptômes imprécis sans éléments d'orientation réels fonctionnels **ne doit jamais être réalisée** car, avec une grande fréquence, elle conduit à découvrir de petits nodules dont le nombre croît avec l'âge. En dessous de 1cm de diamètre ils ne méritent pas l'attention. En revanche, ils déclenchent l'inquiétude et font accumuler les examens quitte même parfois à induire une thyroïdectomie sans objet. C'est ce que l'on retrouvera avec la découverte radiologique des incidentalomes. La découverte fortuite de nodules au cours, par exemple, d'un examen carotidien est aussi fréquente en l'absence d'anomalie palpable du cou. Elle nécessite impérativement que la stratégie de la prise en charge soit choisie par le

spécialiste. En fait, l'échographie thyroïdienne est une véritable spécialité (DU de 2 ans) et les thyroïdologues entraînés l'utilisent dans l'investigation des nodules pour affiner la probabilité de la nature cancéreuse et maîtriser les suites opératoires. C'est l'intégration dans l'exercice de la spécialité que cette modalité se justifie.

7. Les endoscopies avec geste curatif (arthroscopie)

Le problème des arthroscopies du genou élargies à une méniscectomie est difficile. On constate que la fréquence du nombre d'arthroscopies prises en charge par l'Assurance Maladie est à peu près homogène à travers le pays pour les sujets de moins de 50 ans. A partir de cet âge, il y a des divergences significatives. Il est très probable que cela est dû au fait qu'après 50 ans ce sont des genoux pré-arthrosiques ou arthrosiques qui sont explorés et que, sous arthroscopie, quelques petites anomalies peuvent apparaître et faire réaliser une méniscectomie qui, par la suite, s'avèrera un geste non seulement inutile mais nocif. La recommandation est que toute arthroscopie après 50 ans doit être précédée d'une évaluation approfondie de l'état osseux réel, le non respect de cette règle conduisant au dérapage.

8. L'imagerie

L'investigation des lésions corporelles devenue possible depuis le début du 20e siècle a constitué un progrès fantastique dans la démarche diagnostique et a donné parallèlement le sentiment au patient que l'on pouvait toujours voir le mal dont il souffrait. Cette force de l'image a constitué une attraction considérable pour les professionnels de santé. Il est donc évident que cette approche n'a pu que croître et continuera inéluctablement de le faire.

Les progrès technologiques depuis 1971 avec la numérisation des données, leur traitement informatique, l'ajout aux rayons X de nouveaux agents physiques s'appuyant sur des progrès technologiques de plus en plus subtils, a largement élargi le champ de la radiologie pour inclure tous les modes d'imagerie dont le seul trait commun est d'être interprété par un médecin dans le contexte d'un interrogatoire et d'un examen clinique à la recherche d'une solution diagnostique et ou thérapeutique. Outre l'augmentation des coûts, cette approche fascinante peut induire des erreurs d'interprétation, des approches redondantes et trop souvent une dilapidation des moyens, sans oublier les conséquences sur l'organisme des irradiations excessives.

La profession a été très vite motivée sur ces problèmes et s'est efforcée de canaliser les informations en rédigeant des recommandations précises. L'exemple de la radiographie simple du crâne est caractéristique et, pourtant, malgré les contre indications, le nombre d'examens de ce type n'a été réduit que de 10% dans les dernières années.

La limitation du nombre des installations entraîne des délais de réalisation d'examens et parfois des dérives dans la hiérarchie des approches : « on ne peut pas avoir l'IRM nécessaire, en attendant, faisons un scanner ».

La mauvaise organisation des filières conduit devant des symptômes fréquents chroniques mal tolérés (céphalées et migraines) à s'appuyer sur les décisions de divers spécialistes non coordonnés entre eux et ce n'est qu'in fine que le neurologue peut trancher devant une masse d'images souvent inutiles. Quelques réflexions de la profession permettent d'identifier les éléments pouvant compromettre la pertinence : insuffisance de formation, divergences de stratégies suivant les écoles, **dépendance d'un spécialiste amené à effectuer une prestation prescrite par un autre.** Il s'y ajoute la difficulté d'accéder aux appareils d'imagerie en coupes.

L'imagerie souffre aussi des effets pervers de ses succès. Ainsi, les coronaroscanners peuvent rendre visibles des sténoses artérielles sans aucune conséquence physiopathologique. Ces résultats sont évidents pour valider la performance d'une technique mais ne sont pas toujours mis en perspective de la valeur diagnostique réelle de la procédure. Enfin, la multiplication des installations de PET-scan permettant l'évaluation de l'extension des tumeurs néoplasiques amène parfois à chercher une énième métastase chez un malade arrivé au terme des possibilités thérapeutiques. On peut aussi craindre que le côté spectaculaire des imageries corps entier pousse aux revendications des hypochondriaques : « je ne me sens pas bien, faites-moi une IRM totale » comme on a entendu demander des « bilans sanguins complets ».

Le risque financier est évident mais surtout ces investigations tout azimut, imagerie ou biologie, finissent toujours par découvrir quelques anomalies mineures (incidentalomes) responsables d'examens en cascade voire d'intervention inutile.

9. Les traitements pharmacologiques

Il est regrettable que beaucoup de nos concitoyens considèrent que l'acte médical a été imparfait s'ils quittent leur médecin sans avoir une ordonnance, d'où une réelle surprescription de médicaments Il y a de nombreuses situations dans lesquelles la pertinence est en défaut.

Les mauvais choix sont assez fréquents.

Il est important de rappeler que le choix d'un traitement ne se limite pas à la sélection d'une classe pharmacologique, par exemple un anti inflammatoire non stéroïdien, mais qu'à l'intérieur de cette classe, des molécules de propriétés différentes peuvent être plus ou moins bien adaptées au traitement et qu'il faut faire le bon choix. Celui-ci peut être rendu difficile en raison des pressions que le praticien subit des patients, de la consultation d'Internet, des medias et … des industriels.

L'erreur la plus fondamentale tient à la présentation d'études cliniques destinée à favoriser l'introduction d'un nouveau médicament. Lorsqu'il s'agit de montrer l'efficacité de celui-ci à travers notamment la réduction de la mortalité, le plus souvent on l'exprime en pourcentage de réduction de celle-ci par rapport au groupe témoin (efficacité relative). Lorsque la mortalité de base est forte, cette réduction procentuelle a un sens mais lorsqu'il s'agit d'une mortalité spontanément très basse pour une cohorte importante (efficacité absolue) elle n'en a plus et valorise abusivement l'effet thérapeutique. Un **choix pertinent** doit prendre en compte le contexte physiologique, pathologique et pharmacologique.

Les âges extrêmes de la vie et la grossesse représentent des circonstances physiologiques les plus fréquentes nécessitant des précautions particulières.
Par exemple, l'usage des benzodiazépines et plus généralement des psychotropes pose des problèmes de tolérance chez le sujet âgé en raison de troubles de l'équilibre et de chutes. En outre, le sujet âgé présente souvent plusieurs pathologies associées et il peut être tentant de traiter chaque symptôme par un médicament différent. Le risque est de multiplier les prescriptions qui aboutissent à des dérives. La première est l'émergence d'**interactions** médicamenteuses provoquées par un très grand nombre de médicaments co-prescrits. Cette hypothèse doit être évoquée au-delà de trois médicaments associés. Ce risque s'observe le plus souvent lorsqu'un patient consulte simultanément plusieurs spécialistes et que chacun d'eux ne connaît pas les prescriptions de ses confrères. Il est donc nécessaire d'harmoniser et de ne conserver que les objectifs primordiaux. Les interactions génèrent des modifications inattendues de l'intensité des effets recherchés. Elles sont dues soit à la juxtaposition des effets sur une même fonction physiologique, antagonisme ou synergie (dans ce cas possibilité de surdosage) ou modification des concentrations d'un des médicaments par la présence d'un autre. Au total, il peut y avoir augmentation (potentialisation) ou diminution (antagonisme), les deux dépendant d'un effet sur l'élimination.
L'exemple le plus fréquent est celui de la potentialisation des sels de lithium par un anti-inflammatoire qui diminue leur vitesse d'élimination et provoque leur surdosage. Parfois, l'interaction est moins évidente. Un inhibiteur beta-adrénergique utilisé en collyre pour un effet local développe aussi un effet systémique (diminution de la tension artérielle) et peut échapper à l'interrogatoire d'un cardiologue.

Le pharmacien, s'il a la possibilité d'analyser toutes les prescriptions, maîtrise ces interactions et peut donner l'alerte. Il dispose maintenant d'un autre outil, le **dossier pharmaceutique** (DP) qui rassemble toutes les prescriptions faites au patient mais celui-ci est libre d'en refuser la constitution

Un autre biais de prescription résulte de **difficulté d'identification** d'un même principe actif présenté sous des noms différents, sans parler de l'automédication à travers Internet désormais légale. Ces associations multiples de trop nombreux médicaments sont souvent maintenues au long cours par la volonté des patients qui expriment une confiance aveugle et à long terme en la prescription du médecin. Malgré tout, il faut tenter de réduire au minimum ces prescriptions.
Cette **déprescription** doit être évoquée dans plusieurs cas :
- médicaments appartenant à une classe dangereuse
- apparition d'une pathologie intercurrente (déshydratation, insuffisance rénale)
- manque de justification d'un médicament efficace (hypercholestérolémie limite).

La prise en compte du coût doit intervenir dans le choix des médicaments et il n'est pas pertinent de prescrire un médicament qui n'est pas plus efficace mais qui est plus coûteux qu'un autre. *Un exemple quasi historique est celui du Bellergal et du Belladénal. Ces deux produits neurosédatifs contenaient du Gardénal et c'était la base de leur efficacité dans les syndromes neurodystoniques. En revanche, le Bellergal comportait en outre un dérivé de l'ergotamine (un produit plus coûteux) et le prix du traitement était 2 à 3 fois plus élevé sans avoir des bénéfices plus significatifs sur le trouble de base.* Cette approche médico économique doit attirer l'attention des futurs prescripteurs. *Tout récemment, le problème s'est posé pour les traitements anti coagulants, par les anti vitamines K (coût mensuel 5 euros) ou le Dabigratan (coût mensuel 75 euros). L'avantage de ce dernier est d'éviter les contrôles biologiques (15 euros chacun), le calcul final est vite fait.*

Une place particulière doit être faite à la thérapeutique anti-cancéreuse dans laquelle interviennent 4 modalités : chirurgie, chimiothérapie, biothérapie, radiothérapie.
Dans cette affection, le bénéfice est facile à décrire : c'est la guérison ou l'allongement de la durée de survie dans des conditions acceptables (amélioration de la qualité de vie) Le coût est financier car des investissements techniques lourds sont souvent nécessaires et les médicaments peuvent constituer des charges jusqu'à 50 000 euros par an. Ce sont surtout des thérapeutiques difficiles à tolérer, voire insupportables. Ces actions majeures sont légitimes au début de la maladie et on peut en accepter le risque. En revanche, lorsque tout espoir a disparu la réflexion doit être menée pour l'allègement ou l'arrêt de toute thérapeutique, surtout si la tolérance est médiocre.

Enfin toute utilisation d'un médicament hors AMM doit être justifiée.

10 Les indications chirurgicales à visées fonctionnelles pour des pathologies ne compromettant pas durée de vie posent problème.
Le cas typique est le **traitement de la cataracte**. La fréquence des ablations du cristallin croît significativement de manière non homogène entre les régions. Cette augmentation est facilitée par le caractère ambulatoire du geste entraînant moins d'appréhension et de contraintes pour les malades. On peut aussi racccorder cela au nombre d'ophtalmologistes, mais de là à savoir s'il y a plus d'ophtalmologistes parce qu'il y a plus de cataractes ou s'il y a plus d'interventions parce qu'il y a plus d'opérateurs... En tout cas, il faudra savoir échapper à une nouvelle déviance liée au fait que le cristallin est remplacé par un cristallin artificiel pouvant en même temps corriger la presbytie et ainsi supprimer le recours aux lunettes. C'est dans ce cas que l'indication peut devenir une chirurgie de confort et on ne peut négliger que le cristallin artificiel n'a pas les mêmes qualités de protection de la rétine. La solution serait la nécessaire authentification de l'opacité du cristallin grâce à un matériel précis, l'aberromètre à double passage, élément plus objectif que le ressenti de l'inconfort visuel.

11. La chirurgie entraînée par son succès.

Il y a quelques années, le problème s'est posé avec la chirurgie bariatrique dans les obésités. Actuellement c'est la ***libération du canal carpien*** *qui attire l'attention puisqu'on est passé de 9 537 interventions en 1995 à 142 405 en 2005.*

Ce syndrome se manifeste par des dysesthésies de la main le plus souvent nocturnes chez des femmes de la cinquantaine exerçant un travail manuel, justifiable d'une indemnisation au titre de maladie professionnelle, (ces interventions représentent 37% de ces indemnisations). Le diagnostic est fait sur des signes fonctionnels subjectifs et sur des signes neurologiques dans les cas plus graves, (amyotrophie, paralysies de l'opposition). L'électromyogramme objective un ralentissement de la vitesse de conduction. Cet examen pose problème, tenant compte du fait que les postes d'électromyographie ne sont pas nombreux dans certaines régions et que, selon certains chirurgiens, leur fiabilité est imparfaite. Rien n'indique le chiffre à partir duquel l'intervention s'impose car l'inconfort ressenti est surtout subjectif. A quoi il faut ajouter que la filière de soins est variable, faisant ou non intervenir le rhumatologue, et que l'essai d'un traitement conservateur (infiltrations) n'est pas toujours engagée. Enfin, l'existence de centres spécialisés dans la chirurgie de la main crée un phénomène d'accès direct qui explique les grandes différences de nombre d'interventions selon le territoire. Les recommandations de la HAS (septembre 2012) laissent encore une zone d'imprécision concernant le moment de l'intervention et donnent une place notable à l'avis du patient.

12. Les grandes décisions thérapeutiques.

Nous avons montré que tout au long de la vie médicale la pertinence des stratégies pouvait être mise en cause. Il est évident que des moments décisifs majorent le problème.

Tel est le cas des ***indications chirurgicales****. En effet, le risque vital est au premier plan en faveur ou contre l'action thérapeutique.*

Délibérément, nous ne sommes pas entrés dans le détail de nombreuses situations identifiées par l'inhomogénéité de leur prévalence à travers le pays. Près de 25 d'entre elles sont actuellement à l'étude par les instances officielles (CNAM, HAS, Ministère de la Santé). Ce travail est difficile, comme en témoigne le problème de l'**appendicectomie**, car les facteurs d'école ou quelques cas spectaculaires incrustés dans les mémoires entraînent plus la conviction que les revues de la littérature. Cela est d'autant plus vrai que les alternatives à la chirurgie sont plus coûteuses et plus contraignantes que le geste simple. Il faut, malgré tout, souligner que ces réflexions et leur médiatisation ont eu un rôle modérateur et, sans que l'on ait eu à recourir à une réglementation, le nombre d'appendicectomies est passé de 93 584 en 2006 à 83 540 en 2010.

D'autres indications posent problème, surtout en présence d'un sujet qui a dépassé l'âge de l'espérance de vie de sa génération. Il est certain que le « jusqu'au boutisme » chirurgical est plus acceptable dans le cadre des actions faisant espérer une guérison totale (chirurgie cardiaque) que dans celles où il s'agit d'une simple rémission au prix d'un traitement parfois lourd (cancer). C'est dans ces cas que la concertation multidisciplinaire est utile avec les réserves déjà exprimées

Moins spectaculaires mais non moins négligeables, certaines indications engagent le **mode de vie** du patient et de sa famille : arrêt ou changement de travail, recherche d'un meilleur environnement climatique, contraintes diététiques ne sont plus exprimées avec la même brutalité qu'il y a quelques années : « si vous ne faites pas cela, votre enfant va mourir ».
Restent enfin les **décisions en fin de vie**. L'ANM a rendu des conclusions à plusieurs reprises sur ce sujet. La limite entre l'acharnement thérapeutique et la perte de chance est ténue. Le débat est propre à chaque situation et est largement dominé par le point de vue du malade, lorsqu'il peut exprimer l'intérêt qu'il attache à une survie même courte, et même « au prix fort » s'il est en attente d'un événement majeur pour lui, mais poser un pacemaker à un Alzheimer en fin de vie est une aberration morale et économique...

*****

AUDITIONS

27.3.2012 Pr Philippe Beaufils
Nicolas Gombault (Directeur du Sou Médical)

15.5.2012 Jean-Loup Durousset (Fédération Hospitalisation Privée)
Frédéric Fuz (Directeur de la SHAM)

5.6.2012 Conférence des Doyens de Médecine

26.6.2012 Pr Jean-Louis Arné
Pr Emmanuel Vigneron

9.10.2012 Pr Paul Perrin

11.12.2012 Pr M. Alla (Caisse Nationale d'Assurance Maladie)

15.1.2013 Pr Jean-Pierre Pruvo, Pr J.F. Meder, Pr V. Rahmouni, Pr O.Hélenon, Dr L. Verzeaux (Imagerie)

Membres de l'Académie Nationale de Médecine

Pr G. Bouvenot, Pr M.Bruhat, Pr E. Cabanis, Pr B. Charpentier, Pr D. Couturier, Pr P.Godeau, Pr J.J. Hauw, Pr M. Huguier, Pr J.R. Le Gall, Pr D. Pellerin, Pr P. Queneau, Pr G. Rossignol, Pr J. Rouëssé

Autres personnalités

Pr Y. Matillon (Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche)
Pr J. Orgiazzi
Gérard Vincent (Délégué Général FHF)

BIBLIOGRAPHIE

Rapports et communiqués de l'Académie Nationale de Médecine

1 Georges David, Guy Nicolas, Claude Sureau
Le principe de prévention et la décision médicale
Bull. Acad.Natle Med. 2000, **184,** n°7, 1545-1668

2 Daniel Couturier, René Mornex
Séance thématique sur les stratégies médicales chez les sujets âgés.
Bull. Acad. Natle Med. 2007, **191**, n°2, 235 -303

3 Patrice Queneau, Jean Doucet, François Paille
Quand « déprescrire » les médicaments chez les personnes âgées pour améliorer leur santé ?
Bull. Acad. Natle. Med. 2007, **191**, n°2, 271-285

4 Michel Huguier, Michel Legrave, Aline Marcelli, Claude Rossignol, Jean-Paul Tillement
Assurance maladie, un état des lieux.
Bull. Acad. Natle. Med. 2010, **194** , n°6, 1095-1103

5. Pierre Ambroise-Thomas
La situation de la médecine générale en France.
Bull. Acad. Natle. Med. 2011, **195**, n°4-5, 1133-1142

6 François-Bernard Michel, Daniel Loisance, Daniel Couturier, Bernard Charpentier
L'Académie Nationale de Médecine recommande dans l'intérêt des malades : un humanisme médical pour notre temps.
Bull. Acad.Natle. Med. 2011, **195**, n°6, 1345-1368

7 Gilles Bouvenot, Jean Doucet, Jean-Paul Tillement, Jean-Louis Montastruc, Yves Juillet, Daniel Bontoux, Patrice Queneau
La prescription des médicaments chez les personnes âgées
Bull. Acad. Natle Med., 2012, **196**, n°4-5, 1031-1035

8 Denys Pellerin
2013 à paraître

Recommandations de la HAS relatives aux situations étudiées.

Juillet 2008. Prise thérapeutique des lésions méniscales et des lésions isolées du ligament croisé antérieur du genou chez l'adulte.

Mai 2009 (recommandation). Prise en charge précoce des accidents vasculaires cérébraux (alerte, phase pré hospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolyse).

Mai 2010 (note de cadrage). Conditions de réalisation de la chirurgie de la cataracte et environnement technique.

Juin 2010 (rapport d'orientation). Dépistage du cancer de la prostate.

Janvier 2012 (guide des affections de longue durée). Tumeurs malignes des tissus lymphoïdes.

Septembre 2012 (note de cadrage). Chirurgie du syndrome du canal carpien, approche multidimensionnelle pour une décision pertinente.

Janvier 2013 (recommandation). Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2.

Janvier 2013 (fiche de synthèse). Lithiase biliaire : quand faut-il faire une cholécystectomie ?